

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1933

THESE **557** N°
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LAROCHE

Né le 8 novembre 1908, à Périgueux (Dordogne)

Ancien interne de l'Hospice Chardon-Lagache,

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Traitement et Indications Thérapeutiques
des
Parotidites aiguës

Président de Thèse : M. le Professeur P. LEREBoullet

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

**Traitement et Indications Thérapeutiques
des Parotidites aiguës**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1933

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LAROCHE

Né le 8 novembre 1908, à Périgueux (Dordogne)

Ancien interne de l'Hospice Chardon-Lagache,

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Traitement et Indications Thérapeutiques
des
Parotidites aiguës

Président de Thèse : M. le Professeur P. LEREBoullet

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPEL.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N. FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LENNORMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREMANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiâtr.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HALPHEN. Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET FILS. . . Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER. . . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

REITTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM	MM.
ABRAMI Clinique médicale.	PROUST. Clinique chirurgicale.
CHIRAY Clinique médicale.	SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
DUVOIR Clinique médicale.	LE LORIER. Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAI. Clinique obstétricale.
CHEVASSU. Clinique chirurgicale.	METZGER. Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT. Clinique obstétricale.
MOCQUOT. Clinique chirurgicale.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, Profes- seur sans chaire. .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES AIEUX

*Qui depuis 1675 exercèrent de père en fils la
médecine en Périgord.*

A MON PERE

Qui fut mon premier maître.

A MA MERE

A MES FRERES

A MES SOEURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés

Officier de la Légion d'honneur

*Qui après m'avoir accepté comme externe dans
son service, me fait encore l'honneur de
présider cette thèse. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de ma gratitude.*

Au Docteur P. CLAISSE
Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse. C'est
lui qui a guidé mes débuts dans la carrière
médicale et qui m'a entouré pendant toutes
mes études de sa bienveillance. Qu'il veuille
bien trouver ici, l'hommage de mon affec-
tueuse reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR GERNEZ,
M. LE DOCTEUR CLAISSE,
M. LE PROFESSEUR LEREBoulLET,
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU,
M. LE DOCTEUR PRUVOST,
M. LE DOCTEUR BOIDIN.

INTERNAT A CHARDON-LAGACHE

M. LE DOCTEUR JACQUET,
M. LE DOCTEUR RACHET,
M. LE DOCTEUR MARQUEZY.

AU DOCTEUR RAIGA

Qui a bien voulu me procurer des observations.

A MES CAMARADES

A MES COLLEGUES

AU DOCTEUR LACHEZE

Mon ami le plus sûr.

TRAITEMENT ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES PAROTIDITES AIGÜES

Dans la pathologie des glandes salivaires, la parotidite tient de beaucoup la place la plus importante. Alors que les observations d'inflammation, de suppuration des autres glandes salivaires : sublinguales et sous-maxillaires restent l'exception, en dehors de la lithiase, nombreux sont les travaux qu'a suscités la parotidite. Cette affection si spéciale a été étudiée par les biologistes, car son étude soulève de graves problèmes pathogéniques ; par les chirurgiens, car dans les services actifs de chirurgie, on a l'occasion d'observer par an deux ou trois cas ; par les médecins, car c'est une complication de nombreuses affections, soit affections chroniques, état de cachexie et de deshydratation, soit affections aiguës, telles que typhoïde, soit encore au cours d'affections mentales.

L'étude de ces parotidites doit se limiter aux parotidites aiguës, affection propre de la glande parotide, à l'exclusion des oreillons, maladie qui touche certes avec élection la glande parotide, mais que son caractère de maladie épidémique et contagieuse, à germe encore inconnu, que ses caractères cliniques, son évolution, sa diffusion fréquente à d'autres parenchymes glandulaires, en particulier le testicule, classent dans un cadre qui sort des parotidites que nous avons en vue. Signalons cependant l'épidémie, dans les premières années du XVIII^e siècle, sur les demoiselles de Saint-Cyr, d'oreillons suppurés (DIONIN DU SÉJOUR).

Le traitement des parotidites aiguës, que GUÉNAUD DE MUSSY

appelle phlegmon parotidien pour les différencier des oreillons dérive de nombreux facteurs.

I. — Il dérive entièrement des constatations expérimentales faites par MM. CLAISSE et DUPRÉ (1), qui ont montré le rôle de l'infection canaliculaire ascendante, mode d'infection le plus fréquent, opposé en cela à la voie hématogène qui reste extrêmement rare.

II. — Il dérive aussi des constatations anatomo-pathologiques, qui montrent que souvent les parotidites passent par un stade pré-suppuratif, où un traitement bien conduit peut en arrêter là l'évolution.

III. — Il dérive de la connaissance du terrain sur lequel se développent ces parotidites, particulièrement les organismes deshydratés et diminués dans leur résistance par une intervention chirurgicale, par une maladie chronique, cachectisante ou même aiguë.

Ces notions, capitales pour comprendre la genèse des infections salivaires, guident le traitement et permettent d'appliquer :

Un traitement préventif qui empêche l'apparition d'une parotidite ;

Un traitement au stade pré-suppuratif :

Enfin, quand le malade est vu trop tard, un traitement chirurgical.

Mais ce, sur quoi il faut insister, c'est qu'un traitement précoce peut amener la rétrocession d'une parotidite.

L'incision peut être évitée, car la thérapeutique locale et générale amène une rétrocession et la guérison sans séquelles.

Ce traitement médical simple se montre parfaitement efficace et a donné aux divers expérimentateurs, d'excellents résultats.

(1) Paul CLAISSE, Ernest DUPRÉ. — *Archives de Méd. Exp.*, N° 1, janvier 1894, N° 2, mars 1894.

I. — *Le traitement repose sur l'expérimentation*

Elle montre :

- a) Les voies suivies par l'infection ;
- b) Le rôle de la deshydratation ;
- c) Le rôle de la diminution ou de l'absence de la sécrétion salivaire.

a) L'accord n'a pas été unanime entre les auteurs pour situer la fréquence de :

- 1° La voie canaliculaire ascendante ;
- 2° La voie sanguine ;
- 3° Par contre, l'accord est unanime sur la rareté des infections dues à une propagation de voisinage.

1° Voie canaliculaire ascendante

De nombreuses expériences ont été faites pour conclure. En 1894, MM. CLAISSE et DUPRÉ (1) ont publié des expériences sur les circonstances étiologiques et l'anatomie pathologique des infections salivaires.

Ce travail portait sur douze observations cliniques et trente-quatre observations expérimentales. Résumons-en les conclusions.

Normalement, *les glandes salivaires sont aseptiques.*

Analogues en cela aux autres glandes closes de l'organisme, aepsie qui a pu être contrôlée facilement par les interventions portant sur la parotide ou le prélèvement rapide de la glande après la mort de sujets morts accidentellement.

Mais cette aepsie des glandes au niveau du parenchyme glandulaire ne se retrouve pas tout le long du canal excréteur.

Alors que les ramifications initiales qui donnent naissance au canal de Sténon, restent aseptiques et stériles à la culture,

(1) P. CLAISSE et DUPRÉ (*Loco citato*).

la partie terminale du canal est, au contraire, dans ses derniers centimètres, en communication constante avec le *foyer septique buccal*, et contient des germes banaux dont le nombre diminue à mesure que l'on examine le canal plus près de son origine.

Ainsi l'infection doit être apportée dans le parenchyme glandulaire. Quelle voie emprunte-t-elle ?

On conçoit combien cette voie d'infection peut guider la thérapeutique.

1° Au cours d'infections de voisinage

Il existe certains cas de peu d'intérêt, où la parotidite succède à une affection de voisinage.

On l'a vu survenir après un furoncle, un anthrax du cou, une adénite suppurée de la région, une arthrite temporo-maxillaire. C'est encore dans ce groupe qu'il faut ranger les parotidites d'origine otitique signalées par PICQUÉ et TROUBERT, qui ont observé cette complication à la suite de l'infection primitive de l'oreille externe, furoncle du conduit, ou moyenne ; otite suppurée et mastoïdite. C'est encore dans ce cadre qu'il faut ranger la parotidite, à la suite d'une adéno-pathie suppurée intra-parotidienne et auquel BOUILLAUD ainsi que DUPLAY accordaient une large place. Ces cas ne prêtent pas à discussion, mais ils sont exceptionnels.

2° Infection canaliculaire ascendante

L'infection ascendante rallie actuellement la majorité des suffrages.

Pour en démontrer le mécanisme de nombreuses expériences ont été faites :

Modifiant les conditions de l'excrétion salivaire ;

Créant des lésions canaliculaires et glandulaires, aseptiques, suivies ou non, d'injections microbiennes.

a) *Le seul fait de créer une fistule salivaire ne crée pas une parotidite.*

Nombreux sont les exemples retrouvés des fistules salivaires, soit accidentelles, soit chirurgicales, même un cas cité par LANG, de fistules consécutives à l'évacuation d'une gomme syphilitique. Aucun de ces cas n'a été suivi de parotidite.

b) *Le fait d'injecter des produits irritants dans le canal de Sténon* a amené, dans un cas isolé, une légère tuméfaction, mais passagère ;

c) *Les corps étrangers des voies salivaires* soit spontanés : lithiase, d'ailleurs plus rare au niveau de la parotide qu'au niveau des autres glandes salivaires,

ou corps étrangers introduits expérimentalement ne suffisent pas, à eux seuls, à créer une parotidite.

d) *L'injection d'une culture microbienne virulente* dans le canal de Sténon à elle seule ne crée pas de parotidite,

e) Mais si, en même temps,
on injecte une culture microbienne en particulier du staphylocoque doré,
qu'on traumatise la glande,
ou qu'on ligature le canal de Sténon,
ou qu'on supprime l'action de la glande par l'atropine
(MOREL) (1),

on assiste alors au développement d'une parotidite.

Ainsi expérimentalement, il faut, pour produire une suppuration de la glande divers facteurs associés :

qu'il y ait un obstacle à la sécrétion salivaire,

qu'il y ait une affection associée.

(1) MOREL. — *Thèse Paris*, 1907-1908.

Reproduction clinique

Or, ces faits étudiés expérimentalement correspondent aux conditions réalisées en clinique.

Les parotidites se voient avec prédilection chez les opérés, chez les débilités, chez les cachectiques au cours d'une maladie chronique.

Chez ces malades :

a) *La deshydratation* est marquée. Que ce soit chez les opérés souvent affaiblis par le jeûne pré-opératoire, affaiblis par l'éviscération ou l'hémorragie, deshydratés par les vomissements dus à l'anesthésie. Que ce soit chez ces cachectiques, chez ces malades porteurs de maladies du tube digestif, et surtout chez les vieux urinaires où la langue est sèche et rôtie, il y a une deshydratation marquée.

On a démontré qu'*au cours des états de deshydratation, les glandes salivaires sont parmi celles qui sont tarées le plus vite*. Cette considération expérimentale a son reflet clinique dans la langue sèche et rôtie, la sécheresse de la bouche, signe dont se plaignent le plus les malades.

Cette diminution de sécrétion salivaire a été étudiée en recherchant la sécrétion pendant un temps déterminé. On fait mâcher au malade une éponge, du coton, une balle de caoutchouc soigneusement tarées.

Ces données expérimentales donnent :

Homme normal	30 gr. de salive en un quart d'heure,	
Cancer de l'estomac	9 à 12 gr.	—
Diabète	9 à 14 gr.	—
Ictère par compression	7 à 9 gr.	—
Urémie	0 gr. 50	—

Nous-mêmes, dans un cas de parotidite, avons trouvé 7 gr. seulement de sécrétion salivaire.

Cependant, cette diminution de sécrétion salivaire n'affecte pas également toutes les glandes.

Quand on examine la salive secrétée chez ces malades, atteints d'une affection chronique, deshydratés, on s'aperçoit que la salive est épaisse, visqueuse, contenant de la ptyaline capable d'agir sur l'amidon et de le transformer en maltose et dextrine.

Ce sont là les caractères de la salive sous-maxillaire et non de la salive parotidienne. *C'est la parotide qui est la plus atteinte dans ses fonctions, qui se tarit le plus tôt, c'est là le phénomène qui explique que la parotide soit atteinte avec une relative fréquence, alors que l'infection des autres glandes salivaires reste l'exception.*

Variations de la salive dans les états cachectiques (1)

A ces modifications quantitatives s'ajoutent des modifications qualitatives, étudiées par ROBIN (2) et surtout les auteurs italiens et américains.

a) Modification du pouvoir amylolytique,

b) Réaction acide de la salive, ainsi que nous avons pu le constater dans un cas avec muguet.

MOSTER chez un diabétique a fait les mêmes constatations,

c) Diminution des albuminoïdes,

d) Diminution du sulfocyanate de potassium,

e) Apparition du muguet qui coïncide avec l'acidité salivaire.

B. — *La septicité du milieu buccal* est le second facteur.

Mais il faut que les saprophytes banaux de la bouche subissent une augmentation de virulence.

(1) GUNIER. — *Thèse Paris*, 1903.

(2) ROBIN. — *Thèse Paris*, 1900.

Tantôt cette augmentation de virulence est manifeste ; il y a du muguet, de la pyorrhée alvéolo-dentaire, un abondant dépôt de tartre.

Tantôt cette virulence n'est mise en évidence que par la culture et l'inoculation aux animaux de laboratoire.

Pourquoi le milieu normalement septique de la cavité buccale subit-il une augmentation de virulence ?

On a invoqué *le pouvoir antiseptique de la salive*. La salive constitue un mauvais bouillon de culture pour les microbes, ainsi qu'il ressort des expériences de SANARELLI (1). Le pneumocoque est, dans le milieu buccal, modifié dans sa forme et dans sa résistance. En dehors de certaines périodes, il est nécessaire de pratiquer passages et cultures pour obtenir un virus fort lorsqu'on recueille ce germe sur la langue, si bien qu'on a pu établir *une relation inverse entre ces deux termes : infection buccale et salivation*.

Rôle mécanique de la salive

Mais ce pouvoir antiseptique cède certainement le pas à la fonction mécanique de la salive qui joue un rôle primordial. Elle vient incessamment balayer les colonies microbiennes pour les entraîner dans l'estomac.

Ce rôle mécanique a d'ailleurs été mis en évidence par deux observations rapportées par RABEC (2), où deux femmes démentes dont l'une atteinte de délire de persécution, refusait de s'alimenter ; quelques jours après, apparition d'une parotidite. Et deux cas rapportés par PRANTOIS et JACQUES (3) :

L'un concernait un malade porteur d'un cancer de l'œso-

(1) SANARELLI. — *Central Blatt für Bacteriologie* X, p. 25, p. 815.

(2) RABEC. — *Thèse Paris*, 1883. Parotidites dans les maladies mentales.

(3) PRANTOIS et JACQUES. — *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1883, p. 663.

phage, alimenté à la sonde par la bouche gastrique chez qui apparut une parotidite ;

L'autre, un malade opéré de gastro-entérostomie pour cancer pylorique et nourri par la sonde rectale : parotidite deux jours après.

Ces faits montrent l'action indéniable du rôle mécanique ; la suppression de l'alimentation buccale et par là, de la mastication a amené une parotidite.

Ainsi la voie canaliculaire ascendante est démontrée expérimentalement. Cliniquement on retrouve les mêmes faits et il est facile de voir les déductions thérapeutiques qui découlent de ce fait.

3° Différente par plusieurs points est la conduite à tenir quand l'infection est d'origine sanguine.

ROST, en 1914, reprit les expériences de M. CLAISSE et, en outre injecta des cultures microbiennes virulentes par l'artère maxillaire interne. Il conclut qu'il n'y a aucune différence entre l'infection canaliculaire et l'infection sanguine et que ces deux voies de pénétration sont à mettre sur le même plan.

BERNDT, BUCK et BUXTON, en 1931 (1), reprirent ces expériences. Ils injectent des cultures de haute virulence dont certains avaient été prélevées sur un malade porteur de parotidite.

Sur une première série d'animaux, ils injectent la culture dans le canal de Sténon, tantôt en traumatisant la glande, tantôt sans apporter de modification au niveau du canal excréteur, et sur une autre série d'animaux, ils injectèrent une culture par voie artérielle.

Les résultats sont les suivants :

Sauf une, toutes les glandes injectées avec des bactéries par voie canaliculaire, firent une suppuration.

(1) BERNDT, BUCK et BUXTON. — *The American Journal of the Medical Sciences*, t. CCCXXXII, N° 5, nov. 1931, p. 639.

Sur onze glandes, dans lesquelles on avait injecté du staphylocoque par voie sanguine, deux seulement donnèrent une inflammation reconnaissable au microscope.

Sur sept injections canaliculaires, cinq étaient accompagnées de ligatures du canal de Sténon. *Elles furent suivies de suppuration.* La structure histologique était pareille, variant seulement par le degré de l'inflammation, mais avec intégrité des vaisseaux.

Deux injections canaliculaires furent faites sans ligature, une seule glande montrait un processus analogue à celle où le Sténon avait été lié.

Sur neuf glandes dont les artères nourricières avaient été injectées avec une culture microbienne virulente, huit ne montrent aucune variation pathologique, excepté une faible infiltration leucocytaire et une hyperplasie endothéliale vasculaire.

Sur le chien N° 7, il y avait une réaction inflammatoire limitée à quelques lobules alors qu'on avait injecté des cultures microbiennes dans les artères nourricières de la parotide.

Ces auteurs concluent :

Les parotidites aiguës peuvent être produites par l'injection de bactéries dans le canal de Sténon, ou par injection de bactéries dans les artères nourricières de la glande. *L'infection est produite plus facilement par la voie canaliculaire.*

Cependant, pour rare que soit cette voie sanguine, elle existe à coup sûr. Ses partisans ont invoqué le fait que les parotidites survenaient le plus souvent sur un terrain infecté et le Professeur BOUCHARD avait émis l'hypothèse de décharges microbiennes du côté des glandes salivaires, comme du côté du rein ou des intestins. L'hypothèse est séduisante, mais manque de confirmation expérimentale. D'autre part, les recherches anatomo-pathologiques ont montré la fréquence de l'infection canaliculaire, qui ne s'était pas encore propagée au reste de la glande.

Cependant, rappelons l'observation de ROBERT, où, à l'autopsie d'un malade mort d'injection purulente, avec détermination parotidienne, le parenchyme glandulaire offrait une surface granuleuse, d'où s'écoulaient, par une multitude d'orifices, des gouttelettes de pus, provenant de la section de veinules parotidiennes. On pouvait suivre ces tractus jusqu'à la jugulaire externe qui, elle-même, présentait des signes de phlébite suppurée. Mais l'examen histologique fait défaut.

On a retrouvé le germe causal par cathétérisme du canal de Sténon :

au cours de la typhoïde (JACOWSKI, LORTAT-JACOB),

au cours de la gonococcie (COLOMBINI, POWER, WITNER),

au cours d'une méningite cérébro-spinale (COLOMBE) (1),

faits prouvant, d'une manière certaine que la voie d'apport sanguine existe.

De l'ensemble de ces observations, on peut déduire que la majorité des parotidites découlent d'une infection par voie canaliculaire ascendante.

Tandis que la voie sanguine pour indiscutable qu'elle soit ne constitue que la petite minorité.

Le traitement devra donc tenir compte de l'absence de sécrétion salivaire qui entraîne une augmentation de virulence du milieu buccal.

Aux parotidites dues à un apport sanguin, il faudra surtout appliquer un traitement général. En tous cas, les parotidites aiguës sont toutes secondaires.

D'autres facteurs *anatomo-pathologiques* vont encore guider le traitement.

La parotidite passe, nous l'avons vu, par un stade pré-suppuratif avant d'aboutir à la suppression du parenchyme.

A ces deux étapes évolutives correspondent des indications différentes.

(1) J. CALOMBE. — *Bulletin Médical*, 17 janvier 1931.

Parotidites fluxionnaires

Il existe certains faits de *parotidites simples* qui ne suppurent presque jamais. C'est plutôt une fluxion parotidienne qu'une inflammation véritable, car non seulement elle n'aboutit pas à une suppuration, mais elle est transitoire et éphémère et affecte des allures congestives plutôt que phlegmasiques.

C'est en somme le premier degré de la parotidite et il convient de voir dans ces formes qui s'observent d'ailleurs rarement une parotidite abortive, infection qui eut abouti, si la réaction de défense de l'organisme eut été moins vive, à la suppuration qui caractérise les parotidites deutéropathiques, qui surviennent au cours d'une maladie générale à titre de complication surajoutée.

C'est dans ce cadre que l'on peut faire entrer certains cas exceptionnels, survenant chez la femme, au moment de la menstruation. Là, il s'agit d'infections atténuées que l'on pourrait rapprocher des érysipèles à répétition, dont ACHALME a attribué le retour à un réveil de virulence de microbisme latent, ce qui a fait parler de sympathie génito-parotidienne, thèse niée par MOREL (1) et SAUVÉ (2) et admise par SÉNÈQUE (3).

A l'opposé, dans les formes secondaires à une obstruction calculuse, on peut saisir le mécanisme de lésions :

1° Aseptique due à la rétention ;

2° Septique due à l'infection surajoutée,

lésions que l'on peut reproduire expérimentalement par la ligature du canal de Sténon.

Tandis qu'au *début*, alors qu'il n'y a que rétention justi-

(1) MOREL (*Loco citato*).

(2) SAUVÉ. — *Journal de Méd. et de Chirurgie Pratique*, 10 juillet 1932, art. N° 30, p. 476.

(3) SÉNÈQUE. — *Pratique Médicale Française*, mai 1931, N° 5.

fiant le terme d'HYDRO-PAROTIDE de M. CLAISSE, avec quelques lésions congestives au niveau de culs-de-sac glandulaires, plus tard, les lésions septiques vont frapper le canalicule : parfois même les lésions n'ont pas le temps de diffuser au reste de la glande.

Ce sont ces lésions aseptiques de congestion glandulaire qui expliquent la tuméfaction parotidienne qui se développe rapidement.

On s'imagine mal une infection envahissant si rapidement la glande salivaire, alors que la congestion, lésion aseptique, précédant la lésion septique, explique si facilement la rapidité de la tuméfaction.

En résumé, de cette étude se détachent plusieurs faits :

- 1° d'une part, il faut tenir compte dans le traitement de la deshydratation, de la diminution de salive, de la septicité du milieu buccal,
- 2° d'autre part, du fait que les lésions aseptiques précèdent les lésions septiques.

Dans le *traitement curateur*, il faut étudier séparément le traitement des parotidites dues :

- a) à une infection canaliculaire, la plus fréquente,
- b) à une infection sanguine,
- c) à une affection de voisinage.

I. — Traitement curateur des parotidites dues à une infection canaliculaire :

Ce traitement doit être étudié au début, alors qu'il n'y a que des lésions aseptiques.

Il doit être étudié à la période d'état quand sont apparues les lésions septiques.

Ce traitement sera local, et général.

Au début :

a) *Local.* — Il faut lutter contre la diminution de sécrétion salivaire, et par là même reproduire les conditions de sécrétion.

Il est facile de réaliser dans un but thérapeutique une augmentation de sécrétion glandulaire. Il suffit de se rappeler la physiologie des glandes salivaires, que la sécrétion parotidienne est irrégulière plus marquée au moment de la mastication. Des expériences classiques ont d'ailleurs démontré chez le cheval où la salive parotidienne est sécrétée en quantité énorme, que la sécrétion était infiniment plus grande si on donnait une alimentation composée d'aliments pauvres en eau, tel du foin sec, que si on donnait des aliments riches en eau, tels fourrages verts, preuve de la fonction de mastication qu'a la salive parotidienne.

Ainsi, pour augmenter la sécrétion salivaire, il faudra faire mastiquer au malade une balle de caoutchouc, ou encore du chewing-gum. Dès que la sécrétion glandulaire subira une augmentation on aura réalisé un grand progrès dans le traitement. D'ailleurs, on peut évaluer grossièrement l'exactitude de ces faits quand on examine la salive sécrétée de cette façon.

Alors qu'au début, la salive est épaisse, riche en mucine, traduisant surtout la sécrétion sublinguale et sous-maxillaire, bientôt on verra apparaître une salive plus claire, plus translucide qui traduit la sécrétion parotidienne, ainsi que nous avons pu l'observer dans un cas.

C'est un mécanisme analogue qu'il faut invoquer dans l'expression de la glande. Ce procédé doit être fait soigneusement à l'aide des deux mains. On masse la glande entre le doigt buccal et la main glissée en arrière de la branche montante du maxillaire.

Ce massage est douloureux et doit être pratiqué avec une grande douceur ; mais il doit être répété deux fois par jour dès que l'on voit survenir la fluxion parotidienne.

Il est facile d'ailleurs de reproduire son effet sur un sujet bien portant. Un massage bidigital pratiqué pendant dix minutes même loin des repas, amène une augmentation de la sécrétion parotidienne.

Ces deux procédés combinés, mastication et expression bidigitale ont le plus heureux effet sur l'évolution des parotidites.

Non seulement quand la tuméfaction glandulaire est à son début, phase qui correspondant à des lésions aseptiques, mais même à un stade plus avancé, ce procédé simple peut amener une résolution.

Nombreux sont les cas cités qui, traités à temps, ont abouti à la résolution et récemment M. CLAISSE a présenté à la Société Médicale des Hôpitaux un cas survenu chez une malade âgée de 62 ans, où l'expression a d'abord ramené quelques gouttes d'un pus épais et crémeux par le canal de Sténon ; puis est survenue une vraie débâcle de salive d'abord trouble et rosée, ensuite parfaitement claire.

La tuméfaction parotidienne a disparu en trois jours. Dans un cas que nous avons observé l'expression bidigitale a ramené quelques gouttelettes de pus, puis ensuite de la salive, la résolution a rapidement suivie.

Cependant, cette méthode a des adversaires.

Dans un article, SAUVÉ (1) déclare : « Quant à l'expression parotidienne, je tiens à la citer en dehors des moyens thérapeutiques, car elle ne peut être que dangereuse, dans les parotidites, peu graves, car nous l'avons vu, l'injection est éparpillée dans des lobules parfois distants, elle peut briser la paroi glandulaire et disséminer l'infection. Elle est impossible à pratiquer dans les formes graves à cause de la douleur. C'est un moyen sauvage, sans utilité et plein de risques ».

Cette opinion excluant de manière formelle ce moyen simple, qui, entre les mains d'autres auteurs a donné d'excellents

(1) SAUVÉ (*Loco citato*).

résultats, semble pour le moins absolue et, s'il est certain que dans les parotidites arrivées à un état de suppuration, il ne faut pas en attendre la guérison, l'expression glandulaire faite avec douceur et sans brutalité est considérée à la période de début, comme un excellent moyen thérapeutique par notre Maître CLAISSE (2), par SÉNÈQUE (3), par LECÈNE et LERICHE (4), par LENORMAND (5).

A ce traitement local destiné à augmenter la sécrétion salivaire, il faut ajouter le *traitement du deuxième facteur étiologique, l'augmentation de la septicité buccale.*

L'infection buccale est souvent facile à mettre en évidence, soit que l'on observe de graves lésions dentaires au niveau de la deuxième molaire, auprès de laquelle s'abouche le canal de Sténon, soit qu'il y ait un épais tartre dentaire, soit encore qu'il y ait du muguet.

D'autres fois, la septicité buccale ne se manifeste pas aussi nettement, mais on constate une augmentation virulente des saprophytes banaux de la cavité buccale.

Il faut soigneusement instituer une désinfection de la cavité buccale, faire un brossage soigneux et répété des dents, faire des lavages de bouche, avec des antiseptiques faibles, soit eau oxygénée, soit borate de soude, soit encore glycérine salycillée.

Naturellement, s'il y a un muguet associé, il faudra nettoyer la bouche avec des solutions au bicarbonate de soude, soit avec l'eau de Vichy.

En outre, faire des enveloppements humides chauds, humides de la région.

Tel doit être le traitement local :

Mastication ;

Expression bimanuelle ;

(2) P. CLAISSE. — *Bull. et Mém. S. Méd. Hôp.*, 12 février 1932.

(3) SÉNÈQUE (*Loco citato*).

(4) In LECÈNE et LERICHE.

(5) In LENORMAND. — *Précis de Pathologie Chirurgicale*, Tome N° II.

Désinfection de la bouche.

A ce traitement local, il faut ajouter un traitement général.

Traitement général

Il faut hydrater le malade. Cette notion est déjà ancienne. Actuellement, la pratique des injections de sérums artificiels est d'une fréquence extrême. Dans les services de la chirurgie, on injecte du sérum à tout opéré dont l'opération a été longue, ou a obligé à une éviscération marquée, que les vomissements ont deshydratés.

Peu importe la voie d'injection. Que le malade boive le plus possible, ou bien, si sa parotidite qui entraîne souvent, pour ne pas dire toujours, une grosse difficulté à la déglutition et aux mouvements de la mâchoire l'empêche de boire, il faudra injecter le sérum soit par voie sous-cutanée, soit par voie rectale.

On peut injecter soit du sérum salé physiologique, soit du sérum glucosé. Mais ce qui importe c'est d'injecter une quantité suffisante jamais inférieure à 200 cm³. On peut facilement donner 5 ou 600 cm³ de sérum au malade.

Comme dans toutes les infections, il faudra y joindre *une médication générale*.

- a) par les agents chimiques,
- b) par les vaccins,
- c) par les bactériophages.

On sait que les diverses recherches pratiquées par des examens directs du pus ont montré que l'agent le plus souvent en cause pour ne pas dire d'une manière constante, était le staphylocoque doré.

a) *agents chimiques* :

Certains auteurs ont insisté sur différents agents chimiques qui réussissent dans les autres infections à staphylocoques.

FISHER a préconisé l'emploi du mercurochrome à la dose de 5 cm³ en injection intra-veineuse.

D'autres préfèrent se servir de préparations à base d'argent colloïdal : électragol,

ou encore de jaune d'acridine.

b) par les vaccins.

Les vaccins constituent un adjuvant à la thérapeutique générale, mais là encore, quel vaccin employer ?

En fait, on emploiera le vaccin antistaphylococcique, puisque la culture du pus des parotidites a montré la fréquence de ce germe. C'est ce qu'exprime WEILL (1), relatant deux cas de parotidites qui avaient été traitées par des incisions multiples : « Si je me trouvais en présence de pareil cas, au lieu d'attendre la suppuration pour fabriquer un autovaccin, j'utiliserai à la première menace les stocks vaccins antistaphylococciques, quitte à recourir plus tard à un auto-vaccin... Cette vaccination en quelque sorte préventive permettrait probablement d'éviter toute intervention en amenant la résolution de l'inflammation ». (*S. Méd. Hôp.*, 28 avril 1922).

Cependant, la thérapeutique s'est augmenté depuis les travaux du Professeur d'HÉRELLE du bactériophage.

Cet agent qui a rendu des services éminents dans les furoncles et anthrax, c'est-à-dire dans les staphylococcies, devait donner des résultats dans les parotidites qui sont dues presque toutes au staphylocoque doré.

Sa technique comporte deux voies d'introduction : voie locale, voie intra-veineuse.

Localement, on peut injecter du bactériophage par le canal de Sténon, en portant ainsi au milieu du tissu glandulaire infecté, le bactériophage. Mais ce traitement par le canal de Sténon, est surtout intéressant au début. Il permet d'arrêter l'évolution de la parotidite et ainsi empêche la suppuration.

(1) M. P.-Emile WEILL. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 28 avril 1922.

On peut encore l'injecter quand s'est formée une suppuration localisée, quand sous la peau s'est formée une petite collection. Il faut commencer par évacuer le pus à l'aide d'un trocart, même de petit calibre, et une fois le pus évacué, on injecte *in situ* le bactériophage.

La voie intra-veineuse peut aussi être employée. Il faut alors une solution non peptonée.

Le bactériophage à employer doit être autant que possible monovalent.

La recherche du germe causal par culture du pus qui s'écoule du canal de Sténon a une grosse valeur.

Au début, avant de connaître le germe en cause, on injectera du bactériophage polyvalent. Mais comme le germe le plus souvent rencontre, pour ne pas dire d'une manière constante est le staphylocoque doré, on peut, surtout quand, chez le malade, se sont produites des manifestations à staphylocoques, telles que furoncles, anthrax, faire d'emblée du stock staphylophage.

Pour assurer le succès de la phagothérapie plusieurs conditions sont nécessaires :

Il faut, comme l'ont exposé d'HÉRELLE et M. RAIGA dans les diverses publications : a) s'abstenir de toute médication adjuvante, soit vaccinale, soit chimique, en particulier la quinine et les sels de formol dont l'urotropine et ses dérivés sont les produits les plus usuels :

b) commencer le traitement le plus tôt possible ;

c) s'assurer que le sérum du sujet ne comporte pas d'anti-phages.

Dans ce dernier cas, l'auto-hémothérapie est indispensable pour rendre favorable le terrain qui ne l'était pas.

Il faut compter de quatre à six jours pour obtenir ce résultat. Au bout de quatre à six jours, on voit alors subitement et rapidement la température tomber.

Ainsi à cette période de début, alors que les signes clini-

ques sont composés de la tuméfaction uniforme et marquée. de la douleur diffuse à toute la glande, sans qu'il y ait une zone particulièrement rouge ou douloureuse, surtout que le début remonte à deux ou trois jours, le TRAITEMENT CHIRURGICAL peut être évité.

« Bien des chirurgiens ont acquis par une incision prématurée et inutile l'expérience de ce pseudo phlegmon parotidien en découvrant un parenchyme rouge, turgescant, tendant à se hernier, mais sans que le pus apparaisse autrement que par gouttelettes de pus microscopiques sur la tranche de section (BONNET ROY) ».

L'acte chirurgical ne sera réservé qu'aux parotidites avancées que l'on aura laissé arriver à une étape plus grave. C'est alors le foyer purulent sous la peau, avec douleur, rougeur, chaleur à ce niveau beaucoup plus marquées.

Différentes incisions ont été proposées.

« *L'incision classique* (1), incision unique de 6 cm. au moins
« commençant exactement sous le lobule de l'oreille et descendant, arciforme à concavité antérieure, jusqu'à la région
« sous-maxillaire, me paraît la meilleure. On aura soin de ne
« couper d'abord que la peau, puis on décollera cette peau
« d'avant en arrière, de façon à mettre à nu la face externe de
« la glande, on ouvrira alors avec un instrument mousse les
« abcès intro glandulaires, qui sont toujours multiples, et on
« drainera largement ; en procédant ainsi on ne risque nullement de léser le facial. Ce procédé m'a donné de très bons
« résultats esthétiques et il a l'avantage d'ouvrir d'un seul
« coup toutes les collection glandulaires. C'est l'homologue
« de la grande incision sous-mammaire dans les cas de mastites suppurées.

« Au contraire, les petites incisions multiples de la région
« parotidienne me paraissent bien moins recommandables.

(1) LECÈNE, in LECÈNE et LERICHE.

« Elles drainent moins sûrement et donnent des cicatrices
« plus visibles. En tous cas, il faut toujours faire ces inci-
« sions multiples *horizontales*, bien parallèles au filet du facial
« et du sténon ».

Telle st l'opinion de LECÈNE.

Pour d'autres auteurs, une petite incision est préférable.
« Dans les parotidites graves, le chirurgien doit éviter de per-
« dre du temps. Il doit aller vite et inciser précocement. Il
« faut inciser dès que la peau rougit et que la douleur devient
« plus vive : il faut inciser avec d'autant plus de précocité que
« point n'est besoin d'une grande incision ; une petite incision,
« presque une ponction, non pas au lieu d'élection, mais au
« point douloureux maximum soigneusement précis suffira le
« plus souvent. Le drainage est logique, mais souvent impra-
« ticable, car le drain trop court ne tient pas et le pansement
« à plat suffit habituellement. Il faudra veiller les jours sui-
« vants à ouvrir les différents foyers parotidiens, au moyen
« de la sonde cannelée ou mieux de la sonde de KOCHER qu'on
« retire en l'écartant (SAUVÉ) » (1).

C'est aussi l'opinion de SÉNÈQUE (2).

Pour d'autres (BONNET-ROY) (3), quand se font les foyers collectés, il faut inciser aux points d'élection :

soit sous le lobule de l'oreille,
à la partie inférieure de la glande,
au niveau du conduit massétérin.

Pour P.-E. WEILL (1), il suffit de passer du crin de Florence avec une aiguille de RÉVERDIN. Tous les matins, les crins sont mobilisés pour provoquer l'écoulement du pus. D'autres lobules ayant suppuré furent traités de la même façon.

Ces discussions sur les diverses incisions rappellent les dis-

(1) SAUVÉ (*Loco citato*).

(2) SÉNÈQUE (*Loco citato*).

(3) BONNET ROY. — *Bulletin Médical*, février 1928, 239-242.

(1) P.-E. WEILL (*Loco citato*).

cussions et les opinions émises sur le traitement de l'abcès du sein. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la multiplicité des foyers distincts, et la thérapeutique, là comme d'autres cas, doit être variable selon que la suppuration est diffuse ou localisée.

Les suites opératoires amènent :

une cicatrice qui se rétracte ; la peau adhère à son niveau. Parfois, dans 3 % des cas, persiste une fistule qui peut mettre un mois à se cicatriser. En outre, on a signalé, au cours de l'intervention, des hémorragies importantes. Signalons aussi que le facial, dans certains cas, a pu être lésé.

Le traitement chirurgical doit être appliqué aux *formes gangréneuses ou disséquantes*.

Dans ce cas, une cellulite diffuse cervicale et latéro-pharyngienne peut se produire et amener la mort par œdème épiglottique. La peau rouge vif ou cuivrée, violacée, perforée en plusieurs endroits et donne, issue à des lambeaux sphacèles, souvent des gaz se développent donnant une crépitation spéciale. Le pus fuse vers les organes voisins s'évacue dans le conduit auditif ou dans le pharynx, envahit le cou et même le médiastin. C'est dans ces formes que l'on a observé une ulcération des vaisseaux intra-parotidiens avec hémorragie profuse, de la thrombose de la veine jugulaire interne et des sinus crâniens.

Là, il faut se hâter de débrider largement la région parotidienne par une ou deux grandes incisions et quelquefois aussi faire une trachéotomie. Dans ces formes, l'état général est extrêmement grave et la mort est pratiquement constante dans ces parotidites gangréneuses.

Parotidites d'origine septicémique

Il existe d'autre part des parotidites au cours d'états septicémiques, où on retrouve dans le pus du canal de Sténon le même germe que celui de l'infection causale.

L'attitude à tenir sera différente dans certains cas. C'est

ainsi que l'on relève des cas de méningocoque dans le canal de Sténon au cours d'une méningite.

Dans ce cas, la sérothérapie a amené d'heureux résultats :

Dans un cas de COLOMBE (1).

parotidite suppurée méningococcique guérie par sérothérapie.

2 cas de SERR et BRETTE (2).

1 cas de LEMIERRE et LANTUÉJOUL (3).

Là, la thérapeutique possède dans le sérum une arme spécifique.

Dans les autres cas de parotidites dues à une infection sanguine, il faudra appliquer un traitement local, mais qui tient alors une place moins important puisque cette complication n'est qu'une manifestation de la septicémie, et là le traitement de la maladie causale tient alors le premier plan.

Traitement préventif

Mais ce qui importe c'est le traitement *préventif*. C'est d'ailleurs un vieil adage qui dit que mieux vaut prévenir que guérir et, dans d'autres branches de la médecine le traitement préventif a donné d'excellents résultats. Il suffit de se rappeler les conditions qui précèdent l'apparition d'une parotidite,

d'une part, septicité du milieu buccal,

d'autre part, diminution de salivation ou même arrêt du flux parotidien.

Morel avait déjà insisté sur les conditions si favorables à l'éclosion de cette maladie qui se produisaient lors d'une intervention chirurgicale : affaiblissement du malade et deshydratation par le jeûne et la purgation préopératoire, par les

(1) COLOMBA. — *Bulletin Médical*, 17 janvier 1931.

(2) SERR et BRUTE. — *Soc. Méd. Hôp.*, 14 nov. 1919.

(3) LEMERRE et LANTUÉJOUL. — *Soc. Méd. Hôp.*, 23 mai 1919.

vomissements, la suppression du réflexe salivaire pendant la laparotomie (PAWLOW). D'autre part, les mucosités pharyngiennes dues à l'anesthésie, la pince porte-tampon non stérile, la pince-langue, le traumatisme prolongé par le doigt de l'anesthésiste de la glande sont des conditions réunies qui favorisent l'éclosion de la parotidite.

Dans les maladies aiguës ou chroniques, on sait que l'état de la bouche est souvent des plus défavorables, soit qu'il y ait du muguet, soit qu'il y ait une infection dentaire, en tous cas, il y a une exaltation de virulence des germes saprophytes.

Le traitement préventif consistera :

chez les opérés à n'employer que le moins possible de tampons pour enlever les mucosités surtout à n'employer que des instruments stériles à faire des lavages de bouche soigneux et fréquents,

à lutter contre la déshydratation en injectant au malade du sérum aussitôt après l'opération,

chez les malades affaiblis, chez les cachectiques, chez les déments qui refusent l'alimentation buccale, il faudra veiller à entretenir la bouche dans un état de propreté.

Ce traitement si simple permet d'empêcher une affection qui constitue une aggravation de l'état général et des souffrances inutiles aux opérés.

Quel est le *pronostic* de cette affection ?

En lui-même, considéré en tant que maladie locale, le pronostic est favorable : les 17 cas réunis par MOREL dans sa *thèse* ont tous guéri. LENORMAND a aussi observé une évolution favorable.

M. CLAISSE a d'ailleurs insisté récemment sur le pronostic favorable de cette affection traitée médicalement. La mortalité qu'on observe à la suite des parotidites tient, non pas à cette maladie, mais au terrain sur lequel elle se développe.

Pour conclure, on peut citer ces phrases de Pierre DELBER (la méthode dans les sciences médicales).

« On répète avec une fréquence un peu fatigante que la
« médecine est restée stationnaire, alors que la chirurgie a
« fait d'énormes progrès. Il n'est rien de plus injuste. Sans
« doute, la chirurgie, grâce à l'asepsie qui lui permet d'abor-
« der impunément tous les viscères, rend d'immenses servi-
« ces. Mais ces progrès sont surtout pratiques, et au point de
« vue scientifique, les progrès de la médecine sont au moins
« égaux ; bien que je sois chirurgien je pense, et j'espère que
« l'ère chirurgicale n'aura qu'un temps. Un jour viendra où
« l'on guérira par quelque sérum les organes que nous enle-
« vons partiellement ou complètement, et il ne subsistera de
« la chirurgie que la partie réparatrice celle qui remédie aux
« difformités, aux malformations, aux traumatismes ».

OBSERVATIONS

Observation personnelle : M^{me} A..., pensionnaire à Sainte-Perrine, entrée à l'infirmerie le 15 janvier 1933 pour une bronchite légère : gardée au repos, traitée, son état pulmonaire va en s'améliorant.

Mais survient le 1^{er} février, un phénomène nouveau. La malade sans qu'il n'y ait eu un début brusque, ni de douleur, n'a pas de selles ni de gaz, son ventre se météorise, tympanique à la percussion, les ondulations péristaltiques visibles à jour frisant. Rien au toucher rectal. Elle est envoyée dans le service du D^r LABBÉ à Boucicaud. Mais survient au bout de cinq jours une selle. On n'interrompt pas.

Le 10 février, la malade en cours de traitement à l'Hôpital Boucicaud a un gonflement brusque de sa parotide droite qui devient chaude, douloureuse et tendue. On l'incise au bout de trois jours derrière l'angle de la mâchoire et on ne ramène qu'une petite quantité de pus. La plaie a mis vingt jours à se cicatriser. La cicatrice est rétractile ; une induration de la glande a persisté pendant un mois.

Elle revient à Sainte-Perrine le 26 février. La plaie de l'incision n'est pas encore cicatrisée. La bouche est remplie de muguet, et il y a un abondant tartre dentaire. La langue est sèche et rôtie.

Le lendemain de son arrivée, survient une tuméfaction parotidienne gauche, la glande est tuméfiée dans son ensemble, étant douloureuse, avec une rougeur vineuse derrière l'angle de la mâchoire, le canal de Sténon est rouge.

Le traitement suivant est institué :

Sérum salé 500 cm³ tous les jours.

Massage bi-quotidien de dix minutes chaque jour qui ramène une gouttelette de pus par le canal de Sténon, puis de la salive, d'abord souillée, puis pure.

Lavage de bouche six fois par jour avec du borate de soude. Brossage des dents.

Au début, la salive a une réaction acide.

La quantité de salive fournie en un quart d'heure en mastiquant une balle de caoutchouc est de sept grammes.

Au bout de six jours, la tuméfaction parotidienne, la douleur ont disparu. Cependant, la température remonte, parce que la malade

fait une oligurie avec hématurie et apparaît ensuite un souffle pulmonique à la base gauche.

En tous cas, le traitement simple médical de la parotidite en a arrêté l'évolution en six jours.

Observation N° 2 : (P. CLAISSE, B. et M. de la Société Méd. Hôp. de Paris. — Séance du 12 février 1932, n° 6).

M^{me} L. C..., soixante-deux ans, est atteinte depuis longtemps de troubles digestifs. Les digestions sont très lentes ; il y a des crises d'aérophagie fréquentes et pénibles. M^{me} C... a dû adopter un régime très sévère, et absorbe très peu de liquide. A plusieurs reprises, elle s'est plainte de sécheresse de la bouche et de gonflement douloureux sous les oreilles.

Elle m'appelle le 13 décembre 1931 pour une recrudescence de cet état survenue depuis la veille. Je constate une tuméfaction importante de la région parotidienne gauche, exagérée par la mastication et la palpation. La peau est tendue, mais sa coloration est normale.

La bouche est sèche. La sécrétion salivaire est très diminuée. L'orifice du canal de Sténon ait une saillie rouge, de la dimension d'un grain de blé, ponctuée à son centre d'un point blanc jaunâtre. La prémolaire correspondant à cet orifice est déchaussée. La partie de racine dénudée est un peu rugueuse, mais il n'y a pas d'amas de tartre. La malade ayant eu des soins dentaires réguliers. Une pression modérée au niveau de la parotide exaspère la douleur sans aucun effet d'excrétion. Par contre, une sorte de massage pratiqué entre les deux index, l'un à l'extérieur sur la joue, l'autre dans la bouche, d'arrière en avant le long du canal de Sténon, j'obtiens l'expulsion de quelques gouttes d'un pus épais, crémeux. Et ensuite, des pressions modérées sur la parotide déterminent une vraie débâcle de salive, d'abord trouble et rosée, puis parfaitement claire.

On prescrit simplement d'appliquer les compresses sur la parotide et de boire aussi souvent et autant que le permettra l'estomac.

Le lendemain, la tuméfaction a diminué, la sécrétion salivaire est plus abondante et la pression sur la parotide fait couler un peu de salive claire.

Le troisième jour, l'aspect est symétrique et la douleur a disparu.

La température de 38°3 au début est tombée le lendemain à 37°7-38° et le troisième jour à 37°.

Depuis lors, grâce à une modification du régime consistant en l'absorption de plus grandes quantités de liquide, la situation se maintient normale.

Observation N° 3 (due à l'obligeance du D^r RAIGA) Société des Chirurgiens de Paris. Séance du 19 mai 1933. Deux cas de parotidite aiguë post-opératoire traités par le bactériophage, par M. André RAIGA.

1^{er} Cas : OBSERVATION n° 904 (*Fig. 1*). — Parotidite gauche à staphylocoque doré.

M^{lle} C... Renée, 31 ans, est opérée, le 15 septembre 1930, d'une appendicite chronique, opération simple, dont les suites devaient être absolument normales. Cependant, dès le 17 septembre, la malade se plaint d'une douleur parotidienne gauche, et la température se met à osciller autour de 38° sans aucun phénomène abdominal concomitant.

Je suis appelé, le 25 septembre, jour où la température atteint pour la première fois 38°8 ; je constate un empâtement de toute la région parotidienne gauche, très douloureux à la pression ; la douleur et le trismus empêchent toute alimentation. Un pus épais s'écoule par l'orifice buccal du canal de Sténon. Je pratique immédiatement un ensemencement sur gélose ; l'analyse révélera, dans les jours qui suivent, la présence d'un staphylocoque doré lysable par le stock-staphy-bactériophage.

Je profite de la dilatation du canal de Sténon pour pratiquer, au moyen d'une canule mousse, une instillation de bactériophage que je pousse jusque dans la glande. Le lendemain, la température tombe de 1°, mais remonte le soir ; aussi, présageant la présence d'antiphages, je fais une prise de sang, et je commence aussitôt l'auto-hémothérapie.

Le 27 septembre, une fistule s'ouvre par le conduit auditif externe, et il m'est possible de pratiquer une double instillation de bactériophage par la fistule et par le canal de Sténon. L'empâtement étant toujours aussi considérable, et la malade continuant à souffrir, je tente, pour circonscrire l'infection, une injection intra-veineuse de 10 cc. de staphy-bactériophage en solution non peptonée et diluée dans 250 cc. de sérum physiologique : aucune réaction ne se produit, pas de frisson, pas de sueurs, la température du soir accuse seulement 39°7.

Le 29 septembre, apparaît une zone fluctuante située au-dessous du lobule de l'oreille ; après anesthésie locale à la novocaïne, je ponctionne la collection au moyen de mon trocart n° 7 ; je ne réussis à aspirer que quelques gouttes de pus très épais contenant de gros grumeaux, mais il m'est possible de pratiquer un lavage profond avec 10 cc. de bactériophage. Le soir, le pus est beaucoup plus liquide et permet un lavage plus important. A partir de ce jour, la température tombe très rapidement à 37°. Les instillations quoti-

diennes sont faites jusqu'au 5 octobre, date à laquelle la malade, n'ayant plus besoin de soins fréquents, rentre chez elle.

Le 11 octobre, la fistule du conduit auditif externe, qui suintait d'ailleurs très peu, est complètement tarie.

Le 14 et le 22 octobre, on ne constate, au niveau de l'orifice de ponction, qu'un écoulement de quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent.

Le 29, la malade est revue complètement guérie. La région parotidienne présente simplement une perte de souplesse sans déformation.

L'analyse sanguine a montré la présence, en milieu liquide, d'un anti-staphylophage recherché sur le germe de la malade, et d'un anti-streptophage. Ce dernier antiphage est, comme je l'ai souvent montré, l'indice de récurrence des infections staphylococciques. En effet, cette malade avait présenté un gros furoncle de la cuisse à peine guéri le 15 septembre, jour de l'opération, et qui a été suivi, le jour même de l'opération, par un petit uroncle de la région sous-angulo-maxillaire gauche. Etant donné le résultat de cette analyse sanguine, l'auto-hémothérapie, qui avait été commencée le 26 septembre, a été continuée dans un double but : curatif et prophylactique.

J'ai revu cette malade le 11 avril 1932 ; elle n'avait pas eu le moindre furoncle depuis cette infection de septembre 1930 ; elle venait me consulter pour un orgelet apparu la veille, et qui a guéri en vingt-quatre heures après application locale de bactériophage. La région parotidienne était absolument souple ; à peine une petite dépression au-dessous du lobule de l'oreille rappelait les accidents antérieurs.

La malade m'a signalé que sa région parotidienne gonflait et rougissait au moment de ses règles.

Observation n° 4 (due à l'obligeance du Dr RAIGA, Soc. Chir., Paris). OBSERVATION n° 1939 (*Fig. 2*). — Parotidite droite à staphylocoque-streptocoque.

M^{lle} C... Elise, 42 ans, subit, le 8 mars 1933, une hystérectomie subtotale pour fibrome.

On ne trouve, dans ses antécédents immédiats, qu'une pyorrhée alvéolo-dentaire en évolution.

C'est deux jours après l'opération, qui avait été simple et s'était terminée par une fermeture totale sans drainage, qu'apparut la douleur parotidienne droite.

Le 11 mars, on lui avait fait 1/2 cc. de propidon.

Le 12 mars, elle avait absorbé de l'urotropine.

Le 13 mars, elle avait reçu une deuxième injection de 1 cc. de propidon.

Je suis appelé auprès d'elle le soir du 13 mars. La température

marque 39°5, les régions parotidiennes, jugale et sous-maxillaire droite sont le siège d'une déformation importante, uniformément dure au centre, plus souple à la périphérie où il ne s'agit que d'un œdème de voisinage. L'induration se prolonge devant, dessous, et derrière le lobule de l'oreille. Le canal de Sténon est dilaté et laisse écouler du pus très épais. La malade souffre beaucoup et présente un trismus tel que l'extrémité du cinquième doigt ne peut s'engager entre les arcades dentaires. Je fais immédiatement un prélèvement de pus et de sang, et je pratique une instillation de bactériophage polyvalent par le canal de Sténon. L'auto-hémothérapie est commencée aussitôt, car je suspecte la présence d'antiphages, du fait de l'état de réaction vaccinale dans lequel se trouve la malade. Je conseille naturellement la suppression immédiate de l'urotropine, produit chimique qui détruit le bactériophage, et je prescris des lavages de bouche fréquents à l'eau alcaline, suivis de bains de bouche au bactériophage.

Le 14 et le 15, la température se maintient aux environs de 38°5.

Le 16, au matin, une collection se localise dans la région sous-auriculaire, et, la malade souffrant beaucoup, on décide de faire une petite incision cutanée de 1 cm. après anesthésie locale au chlorure d'éthyle ; du sang s'écoule, mais on ne trouve pas de pus collecté, même après dilacération des tissus à la sonde cannelée et à la pince de Kocher, dans la direction de la glande. Je fais une instillation locale de bactériophage, et j'introduis une mèche de gaze imbibée de bactériophage.

Le 19, une collection rétro-auriculaire s'accuse. Une ponction au bistouri est faite à ce niveau. Du pus s'écoule avec facilité provenant d'une cavité qui longe la partie postérieure du conduit auditif externe.

Malgré ces deux incisions successives, la température reste sensiblement au même niveau encore pendant quarante-huit heures, et la défervescence ne s'observe que le neuvième jour du traitement, c'est-à-dire le 22 mars.

Les analyses ont donné les résultats suivants :

1° *Le pus* : staphylocoque doré et streptocoque ;

2° *Le sang* : anti-staphy-phage et anti-strepto-phage en milieu liquide.

Il va sans dire que l'auto-hémothérapie a été continuée aussitôt la réponse du Laboratoire connue.

Les suites de l'opération abdominale ont été très simples, malgré cet incident infectieux, et la malade s'est levée la première fois le 26 mars et a quitté la maison de santé le 30 mars.

Pendant quelques jours, il y eut un petit écoulement séro-sanguinolent par la fistule rétro-auriculaire. Des nouvelles reçues de la malade le 17 avril m'annoncèrent sa guérison complète.

CONCLUSIONS

1° Le traitement des parotidites aiguës rend bénin le pronostic de cette affection ;

2° Il repose sur les données expérimentales qui montrent que :

L'infection suit pratiquement la voie canaliculaire ascendante, très rarement emprunte la voie sanguine.

La propagation de voisinage reste l'exception.

3° Il repose sur les données anatomopathologiques qui montrent que la parotidite passe par deux stades :

a) un stade pré-suppuratif où il y a rétention salivaire justifiant le terme d'hydroparotide ;

b) un stade de suppuration.

4° Un traitement bien conduit peut arrêter l'évolution de la parotidite au stade pré-suppuratif.

5° Ce traitement consiste en soins locaux, en traitement général.

6° Les soins locaux sont :

la désinfection de la cavité buccale,

l'expression bi-digitale,

la mastication,

7° Le traitement général consiste :

a) à hydrater le malade par voie sous-cutanée,

par voie buccale,

par voie rectale ;

b) à appliquer un traitement chimique vaccinothérapique et bactériophagique.

8° Le traitement chirurgical peut être évité.

9° Il sera appliqué aux parotidites vues tardivement ou aux formes gangréneuses.

10° Il consiste, soit en une incision large derrière l'angle de la mâchoire.

Soit en des petites incisions punctiformes à l'endroit où le pus est localisé.

Vu : LE DOYEN,

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT,

P. LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- D.-H. ANTONY. — Affections of salivary glands and their directs (*Tennessee M. A.* 24 : 775-192, May 1931).
- A. AVOUY. — Parotidi acute secondaire (*Bull. Soc. Med. Bologna* 217-30, July, Aug. 1930).
- BERNDT-BUCK-BUXTON. — Pathogénie de la parotidite suppurée aiguë. Etude expérimentale (*The American Journal of the Medical Sciences* ; tome CLXXXII, n° 5, nov. 1931, page 56.39).
- BONNET-ROY. — Notions pratiques sur les affections inflammatoires des glandes salivaires (*Bull. Méd., Paris*, 42, 239-242, Paris, 1928).
- CHAIGUS et ROSENTHAL. — La parotidite Σ (*Archives de Dermatologie and Syph.*, T. xxiv, N° 2, août 1931).
- P. CLAISSE. — a) *Archives de Médecine Expér.*, N° 2, janvier 1894 ; N° 2, mars 1894 ; b) Traitement de parotidites (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 12 février 1932, N° 6).
- J. COLOMBE. — Parotidite suppurée méningococcique guérie par vaccinothérapie (*Bull. Méd.*, 11 janvier 1931, N° 3).
- P. COROLIANO DE CARVALHO. — Parotidites agudas das febres do grupo tyfoide (*Medicamento Agoste*, 1931).
- CUSTER. — Parotidite suppurée aiguë. Etude pathologique et bibliographique avec relation de deux cas (*The American f. of the Med. Sciences*, nov. 1931, p. 649).
- DATZANECKI. — Michalowski-influence de la suppression de l'excrétion de la parotide sur la glycorégulation (*Lyon Chirurgical*, xxviii, N° 5, sept.-oct. 1931).
- FREYSS GREINER. — Hyperhydrose faciale unilatérale consécutive à une parotidite suppurée homolatérale (*Réunion neurologique de Strasbourg*, séance du 18 juillet 1931).
- FOUCAULT. — Parotidites post-opératoires et leur traitement (*Arch. Méd. Chir. de Province*, février 1925).
- GAULT. — Sur un cas de parotidite bilatérale à répétition chez un enfant de 4 ans (*Ann. de mal. de l'oreille, du larynx et du pharynx*, Tome XLV, N° 6, juin 1926).
- HASTHOFER. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Tuberculose der Parotis (*Virchows Archives f. Patholog. Anat.*, ccxvi, p. 499, 1927).
- LENORMANT. — In *Précis de Pathologie Chirurgicale*.
- LECÈNE. — In LECÈNE et LERICHE. *Traité de Thérapeutique chirurgicale*.
- LOEPER. — Traitement des affections salivaires (*Prog. Méd.*, 4, 3 oct. 1928).

- LENCHETTI. — Contribution alla conoscenza dell. anatomia patologica della glandiole salivari (*Osservazioni. Atti der Accad. d. fisio crit. in siena*, 3, 129-166, 1928).
- MIEZECKI. — Symmettisché gummoſe e Krau ung der Parotis und submaxiller duisen orchitis luetica sniristra (*Dermat. Woch.* LXXXV, p. 1740, 17 déc. 1927).
- MOREL. — Etude clinique sur les parotidites post-opératoires (*Prog. Méd.*, 1913, N° 6).
- MOUSTIER. — Discussion sur les parotidites post-opératoires (*Prog. Méd.*, 1913, N° 6).
- PATTERSON. — Parotidite chronique bilatérale (*Annale of Surgery Philadelphie*, vol. XCV, N° 1, janvier 1932).
- RAIGA. — Soc. des Chirurgiens de Paris, 19 mai 1933.
- C. PARTSCH. — Kraukheiten der Speicheldrusen (*Hand d. Hals. Wasen Ohrach.* 5, 619-644, 1929).
- RUDUITZKY. — Two cases of inflammation of salivary glands (*J. Nevropathy i. psichiat.*, 22, 578-587, 1929).
- SAUVÉ. — *Journal de Méd. et Chir. Pratique*, 10 juillet 1932, p. 476.
- SÉNÈQUE. — *Pratique Médicale Française*, mai 1931, N° 5.
- P. SICARU et N. STROESCU. — Chronic inflammation of parotid gland with dilatation of Stenon's duct (*Spitalul.* 51, 202-205, may 1931).
- TARTAUSON. — Du cathéterisme du canal de Sténon dans la parotidite avec lithiase de ce conduit (*Cahiers de Pratique Méd. Chir.* N° 4, 15 av., 15 mai 1929).
- TURNIER. — Seasonal enlaigurent of the parotid (Five Cases) (*Proceed of Ray. Soc. of Med.*, 1927. April).
- CECIL P.-C. WAKELEY. — Two Cases of bilatéral parotid sweling (*Proceed of the Royal Sociéty of Med.* April 1929, p. 704).

THÈSES FRANÇAISES SUR LES PAROTIDITES

1854. LECORNEY. — Parotidite symptomatique. Paris. (*Thèse de Doctorat*).
1861. GIFFARD. — Quelques considérations sur la parotidite. (*Thèse de Doctorat*).
1864. MALFILATRE. — De la parotidite aiguë. (*Thèse de Doctorat*).
1876. PANEIX. — De la parotidite secondaire. (*Thèse de Doctorat*).
1876. DARIÉ. — Des parotidites. (*Thèse de Doctorat*).
1882. CUTIÉ. — Parotidite dans les maladies graves et suite de couche.
1883. RABEC. — Parotidites dans les maladies mentales.
— MIRABEL. — Parotidites dans les fièvres typhoïdes.
1888. VALENCE. — De la parotidite saturnine chronique.
1891. GALAND. — Parotidite à pneumocoques.
1892. FRÉTIER. — Inflammation du canal de Sténon.
1893. DIAZ. — Etiologie de parotidite.
1897. CROUTES. — Parotidite saturnine.
1900. BÉVALOT. — Parotidite au cours de la F. typhoïde.
1901. PERROT. — Parotidite chez le nouveau-né.
1902. BENOIT. — Parotidites consécutives à l'ovariotomie.
1903. BOSSUT. — Parotidites infectieuses.
1903. GUMIER. — Parotidite dans les états cachectiques et les affections chroniques.
1906. GARCIN. — Contribution à l'étude de la parotidite saturnine.
1907. PELLÉ. — Parotidite et laparotomie, Bordeaux.
1907. MOREL. — Etude clinique et expérimentale sur les parotidites post-opératoires (1907-1908).
1907. MEYNADIER. — Contribution à l'étude des parotidites post-opératoires.
1928. CLOUTHE (Ch.). — Sur un cas de sous-maxillite post-opératoire.
1929. MOULARD. — Contribution à l'étude des parotidites avec calcul du canal de Sténon, cathétérisme de ce conduit (*Thèse Montpellier*).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6°
